FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

32

LE DRAINAGE EN GYNÉCOLOGIE

PAR COLPOTOMIE PER-OPÉRATOIRE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille
Le 29 Juin 1943

PAR

OLLIVIER ALBERT

né le 15 Janvier 1915 à Guillaumes (A.-M.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Diplômé d'Hygiène - Croix de Guerre

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

EXAMINATEURS DE LA THÈSE
MM. MOIROUD, *président*
VAYSSIERE, *assesseurs*
FIGARELLA »
CHOSSON »

MARSEILLE
ETABLISSEMENTS MOULLOT FILS AINE
22-24-26, Avenue du Prado

1943

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

32

LE DRAINAGE EN GYNÉCOLOGIE

PAR COLPOTOMIE PER-OPÉRATOIRE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille
Le 29 Juin 1943

PAR

OLLIVIER ALBERT

né le 15 Janvier 1915 à Guillaumes (A.-M.)

Ancien Externe des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Diplômé d'Hygiène - Croix de Guerre

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOIROUD, *président*
VAYSSIERE, *assesseurs*
FIGARELLA »
CHOSSON »

MARSEILLE
ETABLISSEMENTS MOULLOT FILS AINÉ
22-24-26, Avenue du Prado

1943

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PERSONNEL ENSEIGNANT
DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL — *Assesseur :* F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE — *Bibliothécaire :* Mme PEROL

Professeurs :

Anatomie	N...
Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	BOURDE
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	AUDIBERT
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIERE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	N...
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO
Professeur sans chaire	POURSINES
Professeur sans chaire	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	SAUTET

Chargés de Cours :

Clinique Dermatologique .. .. VIGNE
Hydrologie Clinique et Thérapeutique .. .. PIERI

Agrégés en exercice :

MM. BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON
DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie Médicale .. .. DERRIEN
Physiologie .. .. DONNET

Chargés de Cours complémentaires :

Anatomie Descriptive et Topographique .. .. .. SALMON
Chimie Minérale .. .. ARNOUX
Clinique de la Tuberculose .. .. BERTHIER
Clinique des Maladies Contagieuses .. .. PERIOT
Clinique Chirurgicale Infantile .. .. IMBERT
Clinique Stomatologique .. .. ACHARD
Clinique Gynécologique .. .. FIGARELLA
Médecine Opératoire .. .. DOR
Microbiologie (Pharmacie) .. .. BOYER
Neuro-Chirurgie .. .. ARNAUD
Obstétrique .. .. CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie) .. .. DELPHAUT
Psychiatrie .. .. ALLIEZ
Toxicologie .. .. GUILLOT

LE DRAINAGE EN GYNÉCOLOGIE
PAR COLPOTOMIE PER-OPERATOIRE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
(PROFESSEUR AGRÉGÉ : JEAN FIGARELLA)

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Ce travail est consacré suivant les directives de notre Maître, le Professeur agrégé Jean Figarella, à la colpotomie de drainage systématique.

C'est donc vers une extension considérable de son emploi et vers un avenir beaucoup plus grand pour la Colpotomie que nous nous efforçons de parvenir.

En effet, ce n'est plus seulement sous l'angle d'un drainage d'urgence ou de nécessité qu'on peut voir cette intervention anodine en elle-même, mais bien comme un moyen commode et précieux de drainage systématique en gynécologie.

Nous pensons que les résultats obtenus justifient la confiance que nous accordons à cette technique que nous croyons appelée à jouer en gynécologie un rôle beaucoup plus étendu que celui qui lui est ordinaireemnt dévolu.

Avant d'aborder notre travail, nous allons rapidement voir, en un bref historique, quel fût depuis l'ère chirurgicale le sort du drainage post-opératoire de la cavité abdominale, puis nous établirons rapidement les bases anatomiques du drainage en gynécologie et les diverses façons courantes de drainer. Ensuite, nous décrirons la technique de la colpotomie per-opératoire et pour finir nous essayerons d'en préciser les indications et les résultats.

Historique

L'histoire du drainage abdominal en chirurgie, ne remonte pas à Chassaignac comme on l'admet couramment, mais aux chirurgiens du XVIII[e] siècle, à Dionis et surtout Marchal, chirurgien de Louis XV. Ce dernier préconise dans les gastroraphies un drainage par « tente de linge » attachée à un cordonnet qui annonce et ressemble déjà au fameux sac de Mickulicz et qui est décrit avec précision dans les démonstrations de Dionis au jardin royal en 1735.

Néanmoins, il est évident que l'invention du drain tubulaire de Chassaignac, au début du siècle dernier, permet d'envisager tout autrement le problème du drainage abdominal.

En ce qui concerne la Colpotomie, que nous définirons : « une incision du dôme vaginal ayant pour but de drainer des collections du petit bassin », c'est un vieux procédé de vidange des collections pelviennes.

Déjà employée en 1788 par Macarn, elle fût très usitée au début du XIX[e] siècle où tous les chirurgiens l'utilisaient avec Récamier et Velpeau et elle constituait à cette époque préaseptique le seul drainage de toutes les collections qui bombaient dans le cul de sac postérieur.

On n'agissait à ce moment-là que selon le vieil aphorisme « *Ubi pus ibi evacua* », ne connaissant que fort mal le siège des collections du petit bassin qu'il n'était pas question d'aborder autrement. Encore faut-il ajouter que l'on procédait alors plus souvent par ponctions ou petites incisions, et que ces opérations étaient très rares et ne se pratiquaient que lorsque l'évidence les imposait nettement.

En 1875, la découverte de Lawson-Tait qui montra que la plupart des collections purulentes étaient localisées aux trompes et qu'on pouvait par voie abdominale les extirper en bloc, l'incision des supurations pelviennes tomba à peu près totalement dans l'oubli. Tout au plus, l'utilisait-on quelquefois pour évacuer des collections très bas situées et bombant fortement dans le Douglas.

C'est au Professeur Laroyenne, de Lyon, que nous devons en 1886 d'avoir fait renaître à la vie la colpotomie dont il élargit même les indications en montrant que l'on pouvait ainsi atteindre des collections hautes et même traiter les salpingites. Laroyenne nous dota à cet effet d'un trocart particulier.

Blanc (Lyon 1887) expose dans sa thèse la technique de Laroyenne qui est alors adoptée et prônée par Gouilloud, Péan et Bouilly qui la préconise dans certains cas comme les hémorragies enkystées du petit bassin, des abcès du pelvis, des salpingites suppurées, des pelvipéritonites et aussi dans l'ablation des petites tumeurs de l'ovaire et des trompes (Bonnecaze - Paris 1889).

Nous voyons ici apparaître après l'oubli total de la colpotomie l'exagération de ses indications, cette dernière technique ne donnant dans de nombreux cas que des résultats évidemment plus que médiocres.

C'est vers cette époque que le drainage de Mickulicz fait son apparition et qu'il apporte une véritable transformation dans les statistiques de la chirurgie abdominale et essentiellment des organes pelviens. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'en reparler plus longuement.

Ce drainage fit de nouveau pâlir l'étoile peut-être trop brillante de la colpotomie qui depuis fut alternativement prônée et décriée, faisant l'objet de nombreuses et ardentes discussions.

Avec les progrès de la technique chirurgicale, de l'asepsie, et de tous les moyens de drainage proposés (drains, mèches, etc...), que nous envisagerons plus loin, la colpotomie prit des indications, certes beaucoup plus restreintes, mais acquit une grande place dans le drainage en gynécologie avec, toutefois, des conditions précises de temps et d'indications.

De nombreux travaux récents nous en ont montré les excellents résultats et les suites heureuses :

En France : les Thèses de Ripert (Paris 1925), Mer (Paris 1926) et surtout Silbermann (Paris 1936) et aussi les articles de Dumaret et Benoist (Gyn. Obst. Juin 1932) et Figarella (Mars. Méd. 1939).

A l'étranger, citons : Warthon (Arch. Of. Surgery 1921), Holladay (Am. J. Obst. GYN. 1923), Hajeck (Medijinische klinick 1933) et tout récemment la communication à la Société de Chirurgie de Marseille, de notre Maître, le Professeur Figarella sur le drainage par colpotomie.

CHAPITRE II

Bases anatomiques du drainage en gynécologie

L'excavation pelvienne se présente à nous comme une calotte dont la concavité regarde en haut et en avant.

D'avant en arrière, nous trouvons les organes suivants : vessie, utérus, rectum. Le péritoine les recouvre séparant l'excavation pelvienne de la grande cavité abdominale et s'insinuant entre les organes en « cul-de-sac » plus ou moins profonds.

Entre la vessie et l'utérus le cul-de-sac vésico-utérin descend jusqu'à l'isthme, en-dessous, le col est en rapport avec la vessie par simple interposition de tissu cellulaire lache. Le péritoine recouvre les trompes et les ovaires qu'il rattache au pelvis par les différents mésos et la base du ligament large.

L'utérus est le ligament large délimitant une région pré-utérine et une région rétro-utérine.

Dans la cavité rétro-utérine, le péritoine s'insinue profondément entre l'utérus et le rectum formant un cul-de-sac qui descend jusqu'au niveau du col, à 6 ou 7 centimètres de l'anus.

La cavité rétro-utérine se subdivise elle-même en deux étages délimités par les ligaments utéros-sacrés : un étage supéro-externe divisé par la saillie que forment l'artère hypogastrique et l'uretère en deux fossettes : la fossette ovarienne et la fossette pré-ovarienne ou fossette de Claudius ; un étage inférieur ou cul-de-sac de Douglas proprement dit dont l'ouverture en fer à cheval concave en arrière est limitée par le bord libre des ligaments utéro-sacrés.

Le cul-de-sac de Douglas est le point le plus déclive de la cavité pelvienne. C'est donc le point où viendront se collecter les épanchements provenant des différents viscères et c'est aussi le point où se prolaberont les ovaires et les trompes dont les ligaments se seront relâchés ou auront cédés au poids d'une volumineuse collection.

Le péritoine est séparé des organes sous-jacents par un espace sous-péritonéal, lequel est peu dense dans la partie supérieure du ligament large et au niveau des faces antérieure et postérieure de l'utérus, donc peu favorable à la propagation d'une éventuelle infection.

Au contraire, latéralement au niveau des bases du ligament large, il est riche en tissu cellulaire graisseux et ganglions lymphatiques entre lesquels cheminent l'uretère et les nombreux vaisseaux issus de l'hypogastrique. Le tout forme la gaine de l'hypogastrique par laquelle l'infection pourra gagner la fosse iliaque interne et l'espace de Bogros.

L'uretère et l'artère utérine venant des parois latérales du bassin, pénètrent dans la base du ligament large et y cheminent suivant une direction oblique en dedans et en avant. Ils se croisent au niveau de l'isthme utérin à deux centimètres en dehors de celui-ci.

Donc l'anatomie de cette région nous montre que :

1° Un drainage établi au niveau du Douglas sera, si nous en croyons les lois de la pesanteur, le plus efficace car il sera au point le plus déclive.

2° Il y aura un grand danger dans les incisions latérales car nous courrons le risque de léser l'uretère et les vaisseaux issus de l'hypogastrique.

3° Il faudra nécessairement pour atteindre le cul-de-sac vésico-utérin décoller la face antérieure du col de la face postérieure de la vessie. Décollement malaisé malgré l'existence d'un tissu cellulaire assez lache.

4° Une incision postérieure médiane au niveau du cul-de-sac de Douglas est d'une inocuité absolue étant donné qu'on ne court pas le risque de rencontrer un élément important.

5° Trois sièges sont possibles pour l'existence de collections purulentes du Douglas :

a) Sous péritonéales ;

b) Directement intra-péritonéales ;

c) Enkystées intra-péritonéales.

6° Que les inflammations sous-péritonéales risquent de se propager non seulement vers la cloison recto-vaginale, mais encore vers la fosse-iliaque interne, ce qu'il faudra toujours craindre.

De toutes ces considérations anatomiques, après le fait que le Douglas est le point le plus déclive et donc le point d'élection d'un éventuel drainage, celle qui s'impose à nous avec le plus de force, est que « la colpotomie doit être postérieure ou ne pas être » (Figarella).

Des diverses façons de drainer

Avantages et inconvénients

S'il est un sujet qui a prêté lieu à d'innombrables discussions, c'est bien celui du drainage abdominal, de son opportunité et de ses techniques, et particulièrement en gynécologie, ce qui nous montre bien qu'aucune méthode ne s'est imposée de façon absolue et que par conséquent nous devons trouver dans les diverses solutions qui nous sont proposées, des avantages et des inconvénients.

Nous allons très rapidement passer en revue les diverses façons les plus courantes de drainer, étant bien entendu que les étapes de ce drainage sont marquées d'une part, par l'invention du drain tubulaire de Chassaignac au début du siècle dernier, et d'autre part, par le tamponnement de Mickulicz à la fin du même siècle.

Le drainage abdominal est contemporain de la chirurgie abdominale et les étapes et les progrès de l'asepsie, de l'outillage et des techniques ont modifié les conceptions successives de ce drainage.

Il représentait au début, un moyen de lutte préventive contre les infections si fréquentes à ce moment-là au cours des interventions pelviennes. Ces indications s'étendirent plus tard et le drainage constitua un moyen efficace de lutte contre les infections déjà existantes comme par exemple dans les inflammations du péritoine.

Si nous nous penchons de plus près sur ce délicat problème du drainage, nous verrons que dans les solutions proposées jusqu'ici, l'évacuation totale des liquides septiques est illusoire, que le drainge soit tubulaire ou capillaire. D'autre part, il ne faut jamais perdre de vue que la séreuse péritonéale possède de remarquables propriétés de défense contre l'infection et surtout deux d'entre elles qui sont tout à fait primordiales : la propriété d'adhérer et celle de neutraliser, d'absorber, certains produits septiques.

Ceci nous explique que bon nombre de chirurgiens faisant entièrement confiance aux moyens de défense du péritoine, quand bien entendu aucune cause infectieuse ne persiste après l'opération, préconisent dans la majorité des cas suspects le non drainage. Ombredanne notamment et Billet nous affirment obtenir ainsi d'excellents résultats prouvés par leurs statistiques favorables.

Il est bien évident que ne pas drainer est un « idéal technique vers lequel nous sommes tous attirés » (Figarella) et que ce sera une règle toutes les fois que l'opération a été régulière, aseptique, que le péritoine est entièrement reconstitué et qu'aucune cause d'infection ne subsiste.

Malheureusement, quels que soient la minutie et les soins avec lesquels le chirurgien opère, il n'en demeure pas moins vrai que très souvent des complications interviennent. Tantôt c'est un microbisme latent qui s'épanouit dans le tissu pelvien privé de son revêtement péritonéal, tantôt, c'est un suintement séreux ou hémorragique qui n'est point résorbé par un endothélium faisant défaut ou lui-même atteint, d'autres fois encore c'est un fragment tissulaire mal irrigué qui se sphacèle. De toutes façons, quelle qu'en soit la raison, si aucun drainage n'est instauré, on voit la température s'élever, l'abdomen gonflé rester douloureux, le colon se parésier. Quelquefois, au bout de 10 à 12 jours la température commence à décroître en lysis, une selle abondante dégage le colon, l'empâtement disparaît peu à peu, c'est donc que la collection pelvienne s'est progressivement résorbée.

D'autres fois, on constate en enlevant les dernières agraphes, l'apparition d'une sérosité brunâtre ; la sonde et plusieurs pansements douloureux sont alors nécessaires à l'évacuation et à l'assèchement de la collection.

D'autres fois encore, la collection s'extériorise spontanément par le col comme nous le prouve l'observation suivante :

OBSERVATION I. — Madame C... subit une hystérectomie subtotale pour pyosalpinx bilatéral, de fortes adhérences encore inflammatoires persistent, la fermeture sans drainage est décidée. Dans les jours suivants nous voyons la température s'élever progressivement jusqu'à 38° 5. A l'examen et au toucher nous apparaît alors dans le Douglas une petite collection approximativement du volume d'une mandarine. Devant cet état de choses nous décidons le septième jour une colpotomie que nous devons effectuer le lendemain matin, mais dans la nuit une évacuation spontanée de sérosité louche s'effectue par le col et la température tombe immédiatement à la normale et s'y maintient.

Mais le plus fréquemment les choses ne s'arrangent pas aussi bien et il faut alors intervenir pour améliorer l'évolution comme il est rapporté dans le cas suivant :

OBSERVATION II. - Madame S... entre à la clinique gynécologique et le diagnostic de fibrome utérin est porté. L'hystérectomie subtotale est décidée et réalisée. Aucun drainage n'est instauré. Au début l'évolution est d'abord apyrétique, puis on note une élévation thermique à 38° que rien n'explique. Ce n'est qu'au dixième jour que le toucher vaginal révèle un empâtement pelvien latéralisé à gauche et du volume d'une orange. On décide alors d'introduire dans le col une pince et c'est ainsi que 60 centimètres cubes environ de liquide séro-purulent s'évacuent très aisément. La température tombe dès le lendemain et après une rapide et favorable évolution la malade sort guérie au quinzième jour.

Il est bien rare que l'intervention et le drainage soient aussi simples que dans l'observation précédente ; bien souvent on est amené à intervenir de façon plus conséquente comme nous le voyons dans l'observation suivante :

OBSERVATION III. — Madame G... atteinte d'une annéxite bilatérale avec volumineux hydrosalpinx droit. Une hystérectomie sub-totale est décidée et exécutée. La libération s'avère très difficile, très hémorragique au niveau des trompes. Fermeture sans instauration d'un drainage quelconque. Durant dix jours environ après l'intervention, nous voyons la température se maintenir aux environs de 37° 8 - 38°. L'examen montre très nettement un empâtement du cul-de-sac de Douglas. Une colpotomie indiquée à ce moment-là évacue du liquide séro-hémorragique qui amène la sédation immédiate des phénomènes généraux et une très rapide guérison.

En somme dans les interventions gynécologiques qui conservent le col utérin, on peut observer fréquemment des rétentions. Ces rétentions, comme nous l'avons vu, peuvent se résorber spontanément ou s'extérioriser seules, mais aussi très souvent nécessiter une intervention. Etant donné la situation très déclive de ces petites collections et donc la facilité extrême de leur vidange par voie basse ainsi que la rapidité de la guérison obtenue, il nous apparaît sans conteste possible qu'un drainage vaginal préventif aurait amélioré de très sensible façon le pronostic post-opératoire.

Nous conclurons donc en disant que nous venons d'analyser quelques cas entre d'autres très nombreux, où le non drainage ayant été décidé, l'évolution postérieure n'a pas justifié cette abstention.

Nous allons envisager maintenant le drainage par voie haute selon les diverses techniques préconisées car dans la chirurgie gynécologique ce drainage conserve, dans certains cas, d'impérieuses indications.

Dans ce drainage par voie haute, le drain et la mèche sont utilisés par la presque totalité des chirurgiens avec des fortunes diverses, chacun ayant apporté quelques modifications personnelles en vue d'un perfectionnement toujours plus grand de ce drainage.

Le drain de caoutchouc a de fidèles partisans et c'est ainsi que Hartmann, de Paris, propose son emploi avec aspiration à chaque pansement par une sonde et une seringue.

Le principal reproche que l'on peut faire au drain, est d'être incapable mécaniquement d'évacuer une collection bas située, d'ailleurs, ce qui nous le prouve bien, c'est que le liquide septique n'apparaît que tardivement vers le deuxième ou troisième jour et provient le plus souvent du tissu cellulaire sous-péritonéal et non de la profondeur ainsi que l'a montré Témoin.

Jayle, de Paris, estime que ni le drain, ni les mèches ne constituent une garantie suffisante et il se fait le défenseur de la sonde de Nélaton permettant une aspiration quotidienne, voire même bi-quotidienne.

Le drainage capillaire a de plus nombreux adeptes encore et qui arguent de statistiques très favorables (Roux, de Lausanne, Reverdin, de Genève). Certes, cette méthode a des avantages, et le plus important d'entre eux est qu'elle crée une barrière d'adhérences très étendue qui cloisonne l'abdomen permettant au péritoine une défense effective et rapide, mais elle présente aussi des inconvénients, notamment la rétention de parcelles infectées en dehors de l'action du drainage lui-même.

Une amélioration de cette technique est constituée par la méthode de Carrel consistant en grands lavages antiseptiques au Dakin. C'est ainsi qu'on peut réaliser un drainage en introduisant un drain entouré d'une épaisseur de gaze qui a pour objet, après avoir réalisé l'hémostase, de provoquer des adhérences qui formeront alors une cavité close largement aseptisée par le Dakin de la façon suivante : après l'intervention supprimant la cause d'infection, une assez grande quantité de Dakin chaud sera introduite dans la cavité et suivie ensuite de l'introduction de petites quantités. Un tube sus-pubien plongeant dans le Douglas permettra de temps en temps l'évacuation du liquide et des débris qui auraient pu éventuellement s'y accumuler. Cette méthode originale et qui ne s'inspire d'aucun des moyens de drainage habituels est basée sur la neutralisation des produits abdominaux, tout en ne diminuant en rien la défense propre du péritoine. C'est ce qui en fait l'intérêt.

Nous arrivons maintenant à un moyen de drainage que nous avons volontairement écarté jusqu'ici car il a droit à une mention toute spéciale. Nous voulons parler du drainage ou mieux du tamponnement de Mickulicz dont le Professeur J.-L. Faure s'est fait l'ardent protagoniste.

Cette technique, dont nous ne décrirons pas les modalités bien connues de tous, apporta, en effet, à la fin du siècle dernier, une véritable et très sensible amélioration aux statistiques souvent très sombres de la chirurgie abdominale.

Avant cette époque, les laparatomies pelviennes, même pour les fibromes, s'accompagnaient de décès en série par péritonite très fréquente au troisième jour, et c'est l'emploi courant du Mickulicz qui fit une règle des succès, au moins immédiats.

Bien entendu, par la suite, les progrès de l'asepsie restrégnirent considérablement les indications de ce drainage.

Si nous nous arrêtons quelques instants sur cette méthode et que nous l'étudions de plus près, nous verrons avec Villard, de Lyon, qu'en réalité le Mickulicz N'AGIT PAS PAR DRAINAGE. Effectivement, la gaze ne laisse passer dans ses mailles que les liquides séreux très fluides, mais arrête, le plus souvent, le sang et les liquides purulents plus ou moins épais et, à fortiori, les divers débris qui peuvent se trouver dans la plaie après l'intervention.

Comment donc pouvons-nous concevoir l'action du Mickulicz ? Nous pensons que c'est surtout par CLOISONNEMENT que cette action est efficace. Une péritonite post-opératoire est locale avant d'être générale ; si, par conséquent, on cloisonne le territoire, le danger sera forcément

limité. C'est là le rôle important du Mickulicz qui, par les adhérences qu'il détermine, provoque presque immédiatement un très utile cloisonnement. Une deuxième action que nous devons lui attribuer est L'OXYGENATION qui, bien que moins importante, permettra néammoins en laissant la zone opératoire en contact avec l'oxygène, d'éviter certaines évolutions infectieuses et surtout celles à allure gangréneuse.

Nous voyons donc que si le Mickulicz agit principalement en créant par adhérence une barrière protectrice contre la diffusion des infections péritonéales, son utilité apparaîtra surtout toutes les fois qu'il ne sera pas possible de réaliser anatomiquement cette barrière. Il pourra donc trouver ses indications majeures dans les interventions pelviennes ou des manœuvres septiques ont eu lieu au-dessus du colon pelvien, par conséquent, au-dessus du cloisonnement protecteur réalisé par la péritonisation haute.

Ce tamponnement de Mickulicz conserve de très nombreux partisans qui partagent l'enthousiasme de J.-L. Faure et qui le préconisent avec, toutefois, pour les uns des restrictions d'indications, pour les autres, certaines modifications ou améliorations telles que, par exemple, l'irrigation continue au Dakin (Tixier, Dambrin, Lardennois).

Bien entendu, de nombreuses critiques et de nombreux reproches furent adressés à ce mode de drainage et c'est ainsi qu'on lui imputa bon nombre d'éventrations, de fistules stercorales, de déformations de la cicatrice, etc... Est-il responsable de tous ces méfaits ? Nous ne saurions l'affirmer, mais il n'en demeure pas moins vrai qu'il expose à des risques certains dont les moindres seront, en tous cas, la constitution d'une large cavité suintante, dont le comblement sera très long et la cicatrisation cutannée souvent très disgracieuse.

Nous venons de passer rapidement en revue les principaux modes de drainage par voie haute qui sont couramment utilisés et nous voyons que, du point de vue drainage pur, et c'est celui que nous envisageons dans ce travail, le reproche le plus grave qu'on puisse leur faire est de ne pas constituer effectivement un drainage efficace.

Nous devons en effet penser que « *Les lois du drainage sont celles de la physique macroscopique et obéissent un peu à la capillarité, beaucoup à la pesanteur* » (J. Figarella).

Il nous apparaît évident qu'au pelvis l'orifice de sortie sus-pubien est par rapport au Douglas trop élevé pour que les collections pelviennes puissent en faire leur exutoire naturel même si nous utilisons l'intermédiaire de drains ou de mèches. Il n'en est pas de même bien entendu en ce qui regarde les formes spléniques, gastriques ou sous-hépatiques car le drain ou la mèche sont alors déclives et soumis à cette fameuse loi de la pesanteur.

Dans diverses et fréquentes occasions le drain ou la mèche n'ont pas empêché la formation d'une petite collection pelvienne. Nous nous bornerons à en rapporter un cas parmi beaucoup d'autres car il est particulièrement démonstratif.

OBSERVATION IV. — Mademoiselle X..., femme de 35 ans, prostituée, est opérée pour annexite bilatérale récemment réchauffée et très douloureuse. Une hystérectomie bilatérale est alors pratiquée avec clivage d'annexes très adhérentes et qui s'avère très laborieux. Un suintement hémorragique diffus dans le Douglas oblige à y placer une mèche sortant par un orifice sus-pubien. La mèche est retirée progressivement du deuxième au cinquième jour et remplacée par un drain. Du sixième au neuvième jour, tous les matins, le drain est mobilisé et l'aspiration faite par une sonde de Nélaton introduite dans sa lumière. Malgré toutes ces précautions nous voyons se constituer une collection séro-hématique pelvienne. Il faudra encore plus de deux semaines avec douleurs et température pour que cette collection soit entièrement éliminée.

CHAPITRE III

La Colpotomie Per-Opératoire

Sa technique

Devant la fréquente inefficacité du drainage par voie haute, certains auteurs ont déjà depuis pas mal d'années préconisé le drainage par voie basse qui leur a donné de très heureux résultats, mais encore ne s'agit-il là que d'un drainage vaginal après les hystérectomies totales ou sub-totales par la cicatrice (Guyot, Seméchal et Constantini). Là, comme dans le drainage par voie haute, diverses modalités nous sont proposées, chaque auteur apportant une modification ou une amélioration.

Il faut arriver à la communication récente du Professeur Figarella pour qu'il soit question de l'utilisation systématique de la colpotomie comme unique drainage pelvien dans toutes les interventions où le col utérin est conservé.

La colpotomie per-opératoire constitue une manœuvre simple et rapide, mais encore faut-il que nous en précisions la technique et les à-côtés car de son exacte réalisation dépend le succés.

La colpotomie s'effectuera avant la péritonisation que nous envisagerons plus longuement tout à l'heure. A la fin de l'intervention d'exérèse ou autre, un aide introduira dans le vagin préalablement très rigoureusement aseptisé, un clamp courbe qu'il dirigera vers le cul-de-sac postérieur, la concavité de clamp étant tournée vers le haut.

L'aide alors par une pression légère soulève le Douglas et il faut à ce moment-là le guider afin d'avoir la certitude que le clamp est bien exactement médian et coiffé uniquement par le vagin. Pour que cette certitude soit obtenue, il faudra, la plupart du temps, libérer le Douglas du bourrelet rectal qui l'occupe. Ces préliminaires étant terminés, le cul-de-sac postérieur tendu sur le clamp, il ne reste plus qu'à donner un coup de bistouri pour que la colpotomie soit réalisée.

Le clamp apparaît alors au chirurgien, l'aide en ouvre les branches entre lesquelles il ne reste plus qu'à introduire un drain à frottement dur et dont l'ouverture latérale oblongue doit être en rapport à la fois avec la cavité pelvienne et avec la cavité vaginale et ceci pour être certain que la partie la plus déclive soit parfaitement drainée (schéma I).

Un pansement vulvaire sera alors établi qui nous permettra de surveiller à la fois la marche de l'évacuation d'une collection s'il y a lieu et ceci par le suintement qui apparaîtra et en même temps la bonne place du drain.

A côté de cette colpotomie proprement dite, quelques détails méritent qu'on leur accorde une grande attention car ils influeront sur la bonne marche des suites opératoires. M. Figarella insiste sur trois qui revêtent une particulière importance, ce sont : l'aspiration, l'hémostase, la sulfamidothérapie.

1° L'ASPIRATION. — Nous l'utiliserons systématiquement car elle nous sera d'un grand secours pour éviter et prévenir la diffusion des collections intra-annexielles ou intra-péritonéales et aussi cette aspiration nous permettra de nous débarasser de toutes sortes de petits débris qui, invisibles la plupart du temps à l'examen direct, pourront ainsi être très aisément éliminés.

2° L'HEMOSTASE. — Elle doit être particulièrement minutieuse. Pour l'hystérectomie sub-totale, elle comporte non seulement les trois paires de pédicules classiques mais encore certains petits vaisseaux sous-péritonaux qui peuvent, si l'on ne se méfie pas, saigner abondamment. Deux de ces vaisseaux se rencontrent avec une particulière fréquence ; c'est d'abord une petite veine vésicale postérieure paramédiane et symétrique qu'on sectionne souvent lors du refoulement du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. C'est ensuite une veine qui franchit le méso-salpinx vers la zone obturatrice dessinant une courbe assez serrée tout près du pédicule du ligament rond.

Dans la chirurgie conservatrice, l'hémostase est encore plus délicate car les résections partielles de la trompe ou de l'ovaire sont souvent très hémorragiques. Il faut s'armer de patience et procéder par points séparés

car en voulant grouper les vaisseaux en petits pédicules on les rompt très aisément étant donné leur grande fragilité.

Mais, quelles que soient les précautions prises pour une hémostase aussi rigoureuse que possible, on ne pourra, la plupart du temps, éviter que les surfaces cruentées ne saignent en nappe et c'est à cause de cette éventualité qu'il conviendra de prévoir un drainage efficace.

3° LA SULFAMIDOTHERAPIE. — Dans tous les cas douteux pouvant prédisposer à une inflammation et à une infection il conviendra de saupoudrer largement la plaie opératoire avec une poudre sulfamidée. Cette méthode préventive évitera souvent bien des ennuis.

Si tous les points que nous venons d'envisager revêtent une grande importance, il en est un cependant qui est, lui, tout à fait primordial, c'est celui de la péritonisation.

LA PERITONISATION. — Quand un drainage comme celui que nous préconisons est institué, il convient de pratiquer une péritonisation haute.

En effet, la péritonisation basse est bien souvent insuffisante car on se trouve devant l'alternative suivante : ou bien on recouvre le drain et alors les surfaces péritonéales du pelvis ne sont plus drainées, ou bien on ne le recouvre pas, et alors ce sont les espaces celluleux sous-péritonéaux qui ne sont plus drainés (schémas II et III).

Au contraire, la péritonisation haute peut, sans préjudice, recouvrir le drain, les deux régions suspectes sus et sous-péritonéales étant correcteemnt drainées.

Cette péritonisation doit être très minutiensement conduite et il faudra se munir d'un outillage et d'un matériel appropriés.

L'instrument de choix sera l'aiguille courbe montée sur un porte-aiguille assez long (modèle de Doyen). L'aiguille courbe est susceptible quand on en possède bien le maniement de rendre, dans la péritonisation pelvienne, de très grands services. On utilisera des aiguilles fines du modèle demi-cercle de grand rayon. La section ronde sera préférable à la section triangulaire car elle réduira au minimum les risques de déchirure de la séreuse.

En ce qui concerne les fils, il conviendra d'utiliser de préférence les fils de soie ou de lin, plus solides que le catgut. Certes, le catgut peut être préférable dans les cas nettement infectés, mais c'est là une éventualité rare et de plus, il ne semble pas que l'on puisse adresser au fil non résorbable de reproches solidement justifiés, mais le débat entre fils résor-

bables et non résorbables a une signification beaucoup plus générale et nous ne saurions y participer sans dépasser le cadre de la péritonisation pelvienne.

Etant admis que cette péritonisation est l'étape peut-être la plus importante dans les interventions gynécologiques d'exérèse, il apparaît immédiatement que la suture séreuse doit être exacte, minutieuse, serrée, solide, et c'est afin de pouvoir réaliser ces conditions que la question de l'outillage et du matériel revêtent une si grande importance.

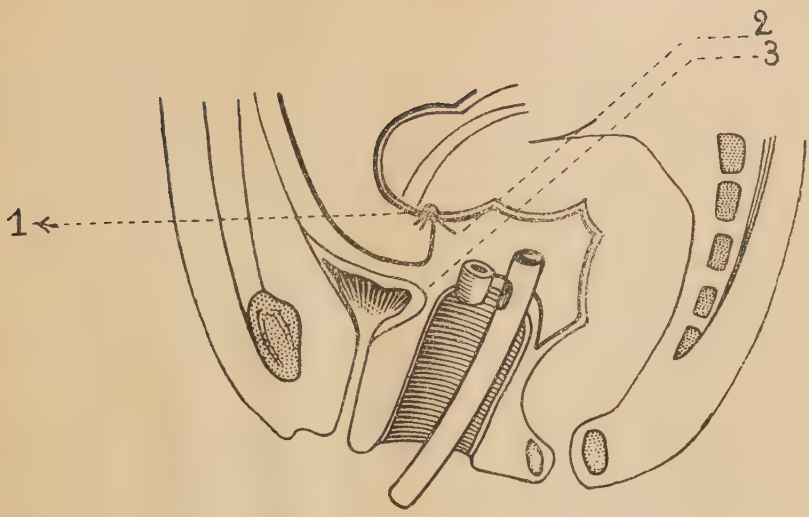
La suture utilisée sera la suture solo-vésicale dans laquelle la lèvre péritonéale antérieure est fixée aux contours de l'anse pelvienne après quelques points de départ dans la dépression latéro-rectale droite. Cette formule discutée, parce que laissant un assez gros espace qu'il fallait laisser vide ou méché, ne doit plus l'être avec le drainage par colpotomie.

La colpotomie étant faite, l'opération terminée, le drain en place peut y rester sans inconvénients plusieurs jours et même plus d'une semaine. Il suffit de surveiller quotidiennement la gaze vaginale pour se rendre compte du tarissement du suintement pelvien ou au contraire de sa persistance.

Il n'est d'ailleurs pas indispensable d'attendre que le tarissement soit absolu pour retirer le drain, il suffit simplement que l'écoulement soit clair pour qu'il soit possible, et ceci très aisément, de retirer le drain saus aucune douleur.

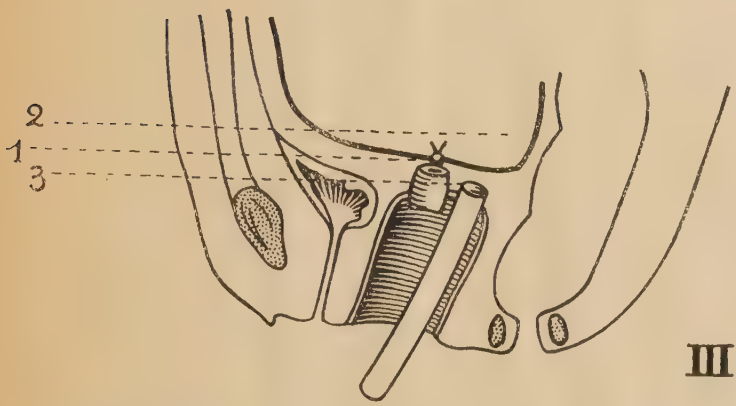
Nous pouvons considérer qu'en moyenne il conviendra de laisser le drain en place de trois à six jours.

I



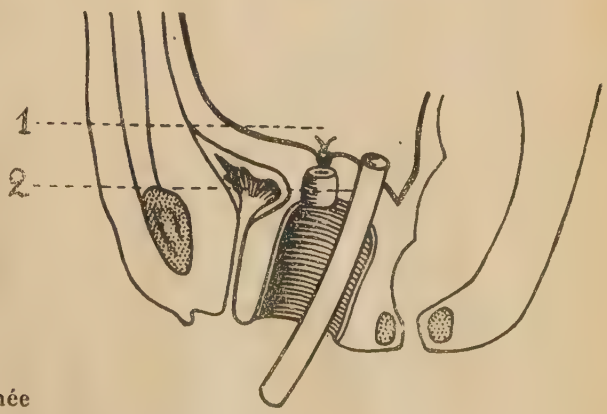
1. Suture péritonéale colo-vésicale
2. Loge péritonéale } Les deux espaces pelviens
3. Loge sous-péritonéale } sont drainés et isolés

II



1. Suture péritonéale
2. Loge péritonéale non drainée
3. Loge sous-péritonéale drainée

III



1. Loge péritonéale drainée
2. Loge sous-péritonéale non drainée

Indications et Résultats

Il est certain que l'inocuité du drainage par colpotomie per-opératoire et son extrême simplicité nous incitent à drainer plus fréquemment qu'on ne le faisait auparavant et on sera assez facilement enclin à colpotomiser tandis qu'on hésitera toujours à laisser une mèche sus-pubienne.

Ce drainage reconnait trois indications principales :

1° Surfaces saignotantes, reliquat ou débris de clivage d'adhérences ;

2° Adhérences inflammatoires assez récentes ;

3° Ruptures accidentelles de collections.

Dans tous les autres cas, après avoir réalisé une très soigneuse péritonisation, comme nous venons de l'indiquer, nous refermerons volontiers la paroi sans drainage laissant au péritoine le soin de se défendre contre une infection éventuelle, qui ne saurait être que minime.

Les résultats de ces colpotomies de drainage sont toujours très favorables comme nous allons le montrer dans trois observations choisies parmi beaucoup d'autres.

OBSERVATION V. — Madame S... opérée sous rachi-anesthésie par Médiane sous-ombilicale au décours d'une pelvi-péritonite grave. Un important rideau épiploïque cache les organes génitaux, il s'agit, en l'occurence, d'un pyo-salpinx gauche avec annexite droite. En libérant, il y a rupture du pyo-salpinx. Une aspiration est instaurée et une hystérectomie sub-totale est réalisée. On saupoudre avec de l'exoseptoplix, une colpotomie de drainage est alors instituée et on termine avant de refermer la paroi par une péritonisation haute. Fermeture en quatre plans. Les suites sont absolument schématiques : dès le troisième jour, apyréxie complète, le drain donne issue à un liquide franchement purulent puis les choses s'arrangent et le drain est retiré sans encombre le sixième jour.

OBSERVATION VI. — Madame G... opérée sous anesthésie générale à l'éther. Il s'agit d'un pyo-salpinx bilatéral très adhérent, on décide et on exécute une hystérectomie sub-totale. Nous nous trouvons en présence d'un suintement sanguin en nappe. Comme dans le cas précédent, nous mettons un drain vaginal et nous faisons une péritonisation haute et enfin nous fermons en quatre plans. Là encore les suites sont très simples : la température atteint son maximum au deuxième soir, c'est-à-dire 37° 8. Par le drain nous voyons s'écouler le premier et le deuxième jour un épanchement séro-hématique très abondant puis tout s'arrange et le drain est enlevé sans histoire au cinquième jour.

OBSERVATION VII. — Madame Bau... opérée sous rachi-anesthésie avec une incision de Pfannenstiel. Nous nous trouvons en présence d'adhérences très congestives. Nous effectuons une résection partielle distale des trompes et une résection partielle des ovaires. L'hémostase s'avère particulièrement difficile, les organes et le pelvis suintent. Comme d'habitude, après la mise en place d'un drain vaginal, nous effectuons une péritonisation haute et nous refermons en trois plans. Nous assistons à un écoulement séro-hématique qui dure deux jours, puis, ensuite, les choses rentrent dans l'ordre et le drain est retiré. Aucune température post-opératoire n'est apparue.

Nous voyons par ces quelques exemples que l'évolution immédiate de malades colpotomisées préventivement nous satisfait pleinement. La colpotomie présente-t-elle des inconvénients ultérieurs ? Si nous en croyons les statistiques existantes, et notamment la thèse de Ripert (Paris 1925), concernant les résultats éloignés des colpotomies, cette pratique est d'une inocuité absolue, ne faisant courir aucun danger, et des malades suivies pendant de longues années n'accusent, du fait de leur colpotomie tout au moins, aucun trouble, ni à brève, ni à longue échéance.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

Nous avons vu, au cours de notre expose, quelles étaient les différentes façons de drainer et pour chacune d'elles nous avons très rapidement envisagé les avantages et les inconvénients qu'elles pouvaient présenter.

C'est le fait que la majeure partie des inconvénients disparaît avec la colpotomie, alors que tous les avantages persistent, qui nous fait prôner cette méthode de drainage.

Pour nous résumer, nous pouvons, en quelques points, établir ce que nous estimons, représenter la supériorité de cette technique :

1° LA PERFECTION DU DRAINAGE. — Le drain étant rigoureusement placé au point le plus déclive, il draine à la fois, et de façon à peu près parfaite, les deux régions sus et sous-péritonéales, sièges éventuels de formation ou de collecte d'une infection post-opératoire.

2° AUCUN RETENTISSEMENT PERITONEAL. — La grande cavité péritonéale, en effet, étant bien isolée, comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, ne subit aucune propagation inflammatoire venue du pelvis. D'autre part, il n'y a pas de risque d'adhérences douloureuses ou génératrices d'occlusions ultérieures, comme cela se rencontre malheureusement trop souvent avec le drain ou la mèche sus-pubienne.

3° AUCUNE DOULEUR. — Alors qu'avec tous les drainages abdominaux nous voyons les malades se plaindre soit de douleurs, soit de gêne à la miction, mais surtout de pansements particulièrement pénibles et qui se terminent toujours par l'ablation de la mèche, elle-même cause permanente de violentes souffrances. Avec le drain vaginal, et durant la période où il se trouve en place, nous ne voyons jamais nos malades se plaindre, de plus, l'ablation se fait comme nous l'avons indiqué, sans la moindre douleur.

4° RAPIDITE ET SIMPLICITE DE LA MANOEUVRE. — La colpotomie per-opératoire n'impose qu'une perte de temps absolument négligeable et son exécution d'une extrême facilité en rend l'emploi très agréable.

5° ESTHETIQUE. — La paroi abdominale étant rigoureusement refermée, la cicatrice n'est plus disgracieuse comme c'est fréquemment le cas après un drainage abdominal, et surtout après un Mickulicz. Au demeurant, cet avantage persiste quelle que soit la purulence du pelvis.

Bien que cet avantage esthétique puisse être considéré comme minime, il faut cependant penser que dans une clientèle exclusivement féminine, il conserve un poids que nous ne saurions, sans mauvaise foi, lui enlever.

Voici donc quelles sont, à notre avis, les raisons qui doivent nous faire préférer à tout autre, ce mode de drainage, d'autant plus que les résultats, quoiqu'il en soit de nos opinions personnelles et de nos préférences, doivent toujours nous imposer leur loi et que dans le cas qui nous occupe, ils s'avèrent particulièrement favorables.

Nous ne saurions donc terminer qu'en souhaitant de voir la colpotomie per-opératoire, prendre dans le drainage, la grande place à laquelle nous la croyons destinée, n'ayant qu'un espoir et qu'un désir : c'est qu'elle contribue à éclaircir l'horizon souvent si sombre de toutes celles que la gynécologie se propose de guérir.

Bibliographie

Bergesio. — La colpotomia postériore (*Gior. di ginécol. e di pédiat.*, Torino, 1902, 11, p. 297).

Brindeau (A.). — De la colpotomie dans les suites de souches pothologiques (*Gazette Médicale de France*, n° 6, 15 mars 1935).

Campana (A.). — Contribution à l'étude de colpotomie (thèse de Marseille 1939).

Canseco Landero. — La colpotomia postérior un valioto recurto gynécologico (*Rev. Me de Cir. Ginec.*, Juillet 1938, pages 441 - 443).

Canawati (Charles). — Phlegmon du paramètre antérieur, colpotomie antérieure (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, mars 1937, p. 229 - 232.

Chifolian (P.-Moyse). — Ponction du Douglas et colpotomie exploratrice dans le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine (*Progrès Médical*, 12 novembre 1932, p. 1925 - 1926).

Chueco (A.). — Method to expose utérus in opérations of conservatrice surgery made by colpotomy use of new surgical forceps (*Bol. Soc. de obstet. y ginec.*, 21 novembre 1929, p. 413).

Chueco (A.). — Indicaciones de la extériorizacion del intero por colpotonia en el tratamiento de los tumores anexiales (*Semana Med. 1*, 28 janvier 1932, p. 275, 281).

Chueco (A.). — La réduccion de los tumores malignos por colpo tomia. Observacion de un voluminoso fibrosar coma del ovaria (*Semana Méd. 1*, 23 février 1933, p. 605, 611).

Chueco (A.). — Technic of handling large mucoid kysts of ovary to be removed by colpotomy.2.cases (*Semana Med.*, 12 mars 1931, p. 669 - 673).

Desmarest (H.- Benoit). — L'avenir des colpotomisées (*Gynec. et Obstet.*, juin 1932, p. 433 - 439).

Donovan. — Postérior colpotomy (*Méd. J. Australia*, Sydney, 1924).

Drueck (D.-J.). — Colpotomy vaginal drainage of pelvic abscess (*Intern. J. Med. & Surg.*, juillet 1930, p. 370).

Figarella (J.). — A propos de la colpotomie (*Marseille Médical*, 5 mai 1939, p. 583).

Figarella (J.). — Le drainage par colpotomie (*Société de chirurgie de Marseille*, janvier 1943).

Hajek. — Colpotomie. Résultats éloignés (*Medizinische klinik n° 40*, 1er octobre 1933).

Holladay. — Am. J. Obst. Gyn. 1933.

Lacasa Val. — La colpotomia (*Siglo Med. 86*, 15 novembre 1930, p. 522).

Lapeyre & Iribarren. — Deux observations d'infection post-partum du ligament large traitées par la colpotomie antérieure (*Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 3 février 1936).

Martin (E.). — Placenta praevia and colpotomy (*Monast. f. Geburtsh*, janvier 1928, p. 61 - 65).

Maurizio (E.). — Sull. avenire delle colpotomizzate (*Ann. di Obstet. et ginec.*, 31 décembre 1934, p. 1845 - 1867).

Mer. — Thèse, Paris 1926.

Morelly. — La colpotomie postérieure (Paris 1889).

Martinez de Hoz. — La cirurgia vaginal en el embarazo extra utérino (la colpotomia exploradora) (*Rev. Med. Quir. de Pat. fem. 16 :* 396 - 401, oct. 1940).

Ricard & Orly. — Metrorragies graves chez une fillette de 13 ans par ovaires scléro-kystiques (*Bull. Soc. Obst.*, juin 1933, p. 550 - 552).

Ripert. — Contribution à l'étude des indications de la colpotomie et de ses résultats éloignés (Paris 1925).

Silbermann. — Thèse (Paris 1936).

Torpin. — Ectopic. pregnancy 4 point diagnosis with posterior colpotomy of in doubt (*South M.J.*, mars 1938).

Warton. — (*Arch. of. Surgery* 1921).

Zawadzwski. — Sur l'importance de l'incision profonde du vagin (colpotomie dans le traitement des exsudations du petit bassin) (*Polska Gazeta Lekarska*, 18 août 1936, p. 590).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'aie reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE DE MATIÈRES

CHAPITRE I

Pages

Introduction 5

Historique 7

CHAPITRE II

Bases anatomiques du drainage en gynécologie 9

Des diverses façons de drainer. Avantages et inconvénients 11

CHAPITRE III

La colpotomie per-opératoire. Sa technique 17

Indications et résultats 21

CHAPITRE IV

Conclusions 23

Bibliographie 25